

## Artigo de Revisão / Review Article

# É Simples o que Faço com os Quistos Simples do Ovário

## *It's Simple what I Do with the Simple Ovarian Cysts*

Vasco Marques<sup>1</sup>, Teresa Margarida Cunha<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Interno do Internato Complementar de Radiologia

<sup>2</sup> Assistente Graduada de Radiologia

Serviço de Radiologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil  
Director: Dr. José Venâncio

### Resumo

É cada vez mais frequente o diagnóstico de quisto do ovário pelo uso crescente de exames radiológicos. É essencial a distinção entre quisto simples e quisto complexo, pois a sua abordagem é diferente, sendo o algoritmo de abordagem adaptado à mulher pré- ou pós-menopáusica [1]. A recomendação inicial a seguir varia em função do tamanho da lesão e do valor do CA 125.

### Palavras-chave

Ovário; Quisto; Ecografia.

### Abstract

The diagnosis of simple ovarian cyst is increasingly frequent due to the growing use of radiological exams. It is essential to distinguish between a simple and a complex ovarian cyst, because the approach is different, being the diagnostic pathway adjusted to the pre- or postmenopausal woman. The initial recommendation to follow depends upon the size of the lesion and the CA 125 measurement.

### Key-words

Ovary; Cyst; Ultrasound.

## Introdução

É cada vez mais frequente o diagnóstico de quisto do ovário pelo uso crescente de exames radiológicos. O diagnóstico diferencial é influenciado pelas características ecográficas da lesão, assim como dos achados associados.

O presente trabalho propõe um algoritmo de abordagem apenas para os quistos simples.

Os quistos funcionais e as neoplasias benignas constituem a maioria das lesões anexiais na mulher em idade reprodutiva, sendo que as lesões malignas vão sendo mais comuns à medida que a idade avança. Até 15% dos ovários pós-menopáusicos podem apresentar quistos simples [2]. Dada a elevada prevalência dos quistos simples do ovário o radiologista desempenha um papel preponderante na sua

abordagem. Em que situações deve sugerir vigilância? Qual o prazo a propor? E que situações devem ser referenciadas de imediato para os nossos colegas ginecologistas?

Não é demais salientar a importância de questionar a examinada face à eventualidade da existência de exames prévios.

## Aspectos Radiológicos

A ecografia é o exame de primeira linha na avaliação ginecológica. Como em todos os exames ginecológicos, as avaliações por via supra-púbica e transvaginal são complementares.

Interessa começar por definir o que é um quisto simples do ovário. Em ultrassonografia um quisto simples define-se como uma estrutura arredondada ou oval, anecogénica, com paredes regulares, reforço acústico posterior, sem componente sólido ou vascularização interior na avaliação com Doppler de cor (Fig. 1).

Recebido a 22/07/2012

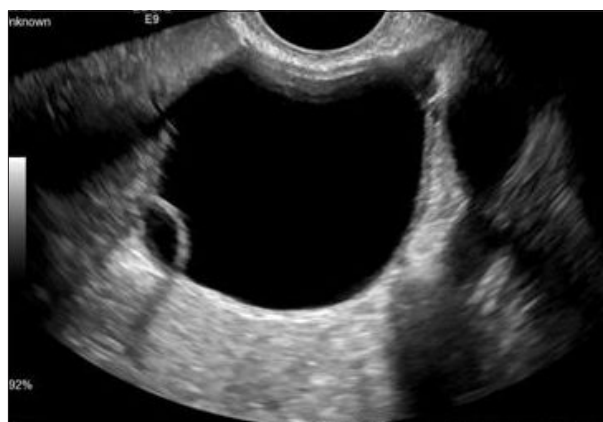
Aceite a 23/10/2012



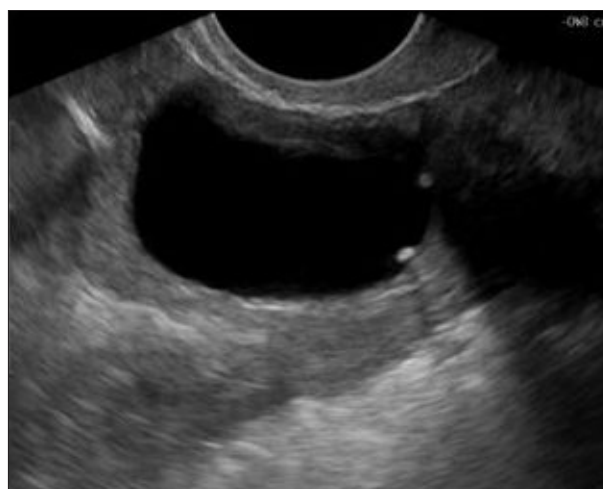
**Fig. 1 A a C** – Mulher de 54 anos, menopausa aos 52 anos, sob terapêutica com tamoxifeno há 1 ano e 3 meses. A ecografia supra-púbica (A) revela a presença de formação quística anexial direita, melhor caracterizada por via transvaginal (B e C), aparentemente simples, com 43 mm de maior diâmetro.

No entanto, a presença de uma fina septação ( $<3\text{mm}$ ) (Fig. 2), uma pequena calcificação parietal (Fig. 3), um quisto contendo pequenos quistos ou um quisto para-ovárico (Fig. 4) são características que são ainda incluídas na definição de quistos simples do ovário (Quadro I).

Necessariamente, a presença de qualquer outra característica, nomeadamente ecos internos, parede ou septos espessados, vegetações parietais ou componentes sólidos (Figs. 5 e 6), com ou sem vascularização com a avaliação de Doppler de cor, classificaria os quistos como complexos. Estes não são abordados no presente trabalho.



**Fig. 2** – Mulher de 51 anos, menopausa aos 45 anos, fez tamoxifeno entre 2006 e 2011. A ecografia por via transvaginal evidencia a presença de um quisto anexial esquerdo com um septo fino.



**Fig. 3** – Mulher de 56 anos, menopausa aos 54 anos. A ecografia por via transvaginal evidencia a presença de um quisto anexial esquerdo com duas calcificações parietais punctiformes.

#### Quadro I – Definição de quisto simples do ovário.

##### DEFINIÇÃO

- estrutura arredondada ou oval, anecogénica
- paredes regulares
- reforço acústico posterior
- ausência de componente sólido
- ausência de vascularização interior

##### TAMBÉM INCLUI QUISTOS...

- com um septo fino ( $<3\text{ mm}$ )
- com pequena calcificação parietal
- contendo pequenos quistos
- para-ováricos

#### A mulher pré-menopáusia e os quistos simples do ovário

O factor de decisão sobre a atitude a tomar está essencialmente relacionado com o tamanho da lesão, desde que estejam cumpridos os critérios de quisto simples do

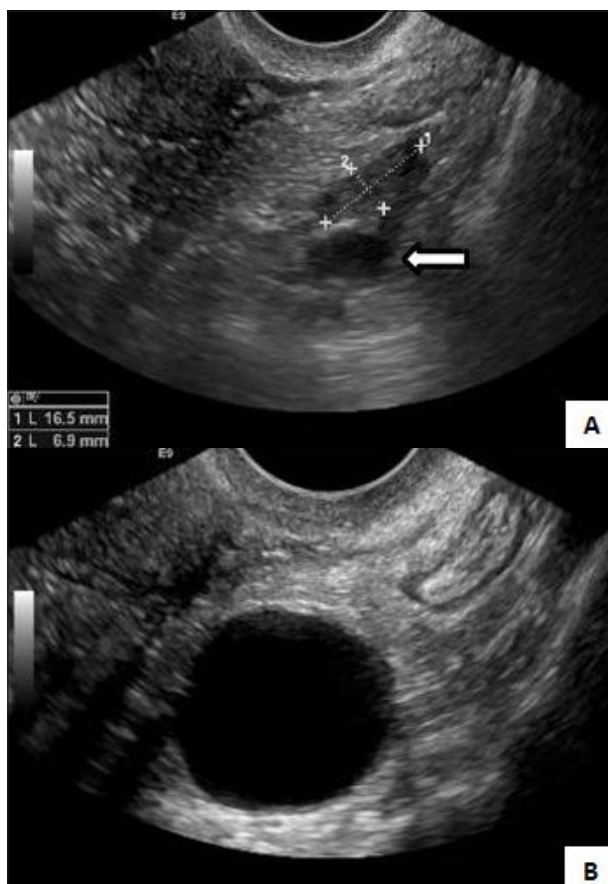


Fig. 4 A e B – Mulher de 62 anos, menopausa aos 54 anos. Ecografia por via transvaginal. A. Identifica-se o ovário esquerdo, de morfologia e ecoestrutura habituais para a menopausa. Adjacente ao ovário visualiza-se apenas parcialmente uma formação quística (seta). B. Confirma-se a presença de um quisto simples, para-ovário.

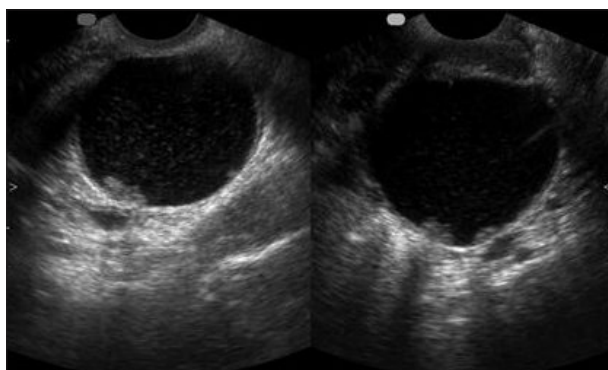


Fig. 5 – Mulher de 25 anos, a fazer anovulatórios. Na ecografia por via transvaginal identifica-se formação quística anexial esquerda com finos ecos em suspensão e vegetações parietais. O exame anátomo-patológico revelou tratar-se de um cistadenofibroma.

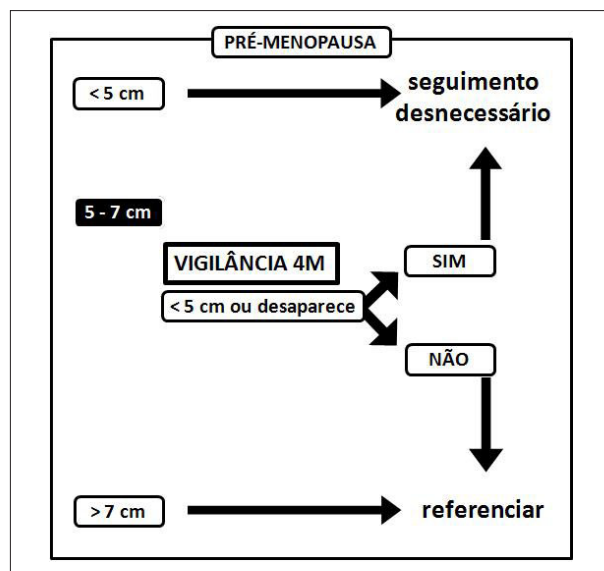
ovário. A abordagem varia consoante o quisto tem menos de 5 cm de maior diâmetro, entre 5 e 7 cm, ou mais de 7 cm (Quadro II).

Foi possível chegar à conclusão, através de estudos com acompanhamento prolongado, que a grande maioria dos quistos com menos de 5 cm são funcionais. Estes tipicamente regredem espontaneamente ao fim de um a três ciclos menstruais. Por este motivo não há indicação para seguimento de quistos desta dimensão [3, 4, 5].



Fig. 6 – Mulher de 44 anos, última menstruação há 6 meses. Na ecografia por via transvaginal identifica-se no anexo esquerdo quisto complexo, com septo espesso e componente sólido. O exame anátomo-patológico revelou tratar-se de um cistadenocarcinoma seroso.

## Quadro II – Algoritmo de abordagem dos quistos simples do ovário na mulher pré-menopáusia.



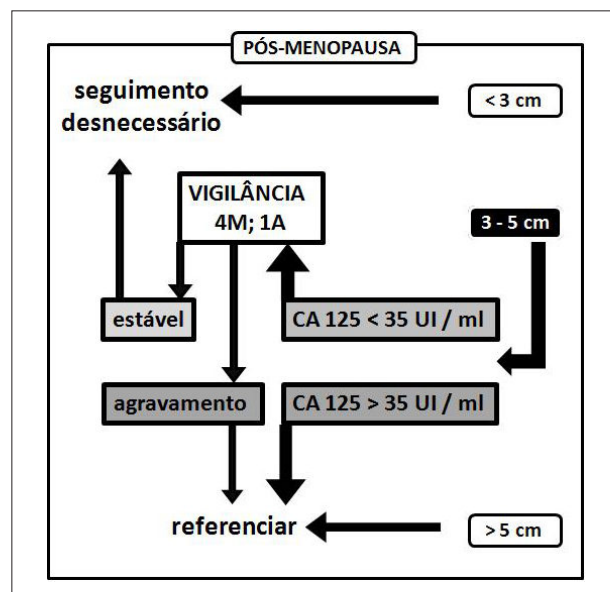
É também consensual que quistos com mais de 7 cm devem ser referenciados aos nossos colegas ginecologistas, principalmente por dois motivos: primeiro, têm maior probabilidade de ser neoplásicos em vez de funcionais, que, sem características de complexidade como irregularidades parietais ou septos espessos, frequentemente correspondem a cistadenomas serosos; segundo, precisamente pelas suas dimensões, admite-se que a acuidade da avaliação de toda a parede do quisto possa estar comprometida, podendo ser incompleta quer por via supra-púbica quer por via transvaginal [6]. São os quistos com diâmetros entre os 5 e os 7 cm a merecer vigilância e reavaliação radiológica. Preconiza-se que o seguimento seja efectuado aos 4 meses. Porquê aos 4 meses? Se estivermos perante um quisto funcional, tal como foi dito acima, é provável que durante este período ele reduza de dimensões ou desapareça, momento a partir do qual não é necessário continuar a ser vigiado. Caso contrário, ou seja, caso o quisto não reduza de dimensão

ou mesmo aumento de tamanho, ou adquira características de quisto complexo, a examinada deve ser referenciada aos nossos colegas ginecologistas.

### A mulher pós-menopáusia e os quistos simples do ovário

Uma diferença na abordagem do quisto simples do ovário na mulher pós-menopáusia em relação à mulher pré-menopáusia prende-se com o limiar do tamanho dos quistos: a decisão a ser tomada varia agora consoante o quisto apresente menos de 3 cm, entre 3 e 5 cm ou mais de 5 cm de maior diâmetro (Quadro III).

**Quadro III – Algoritmo de abordagem dos quistos simples do ovário na mulher pós-menopáusia.**



É consensual que quistos com menos de 3 cm não têm necessidade de seguimento, pois concluiu-se que até este tamanho o risco de neoplasia a longo prazo não se encontra aumentado [7]. Pelo motivo contrário, os quistos com mais de 5 cm têm indicação para referência imediata para os nossos colegas ginecologistas.

Na mulher pós-menopáusia que apresente um quisto anaxial simples entre 3 e 5 cm de diâmetro deve levar-se em consideração um outro factor – o valor do CA 125 – para decidir qual o passo a seguir. Nos casos em que o CA 125 se encontre elevado (>35UI/ml) a examinada deve ser imediatamente referenciada. Se o CA 125 se encontrar dentro de valores considerados normais os quistos com esta dimensão intermédia têm indicação para vigilância radiológica e laboratorial, primeiro ao fim de 4 meses e posteriormente ao fim de 1 ano da avaliação inicial. Se nestes períodos de reavaliação a situação permanecer estável, ao fim de um ano deixa de haver necessidade de acompanhar esta formação quística. Caso ocorra algum agravamento, quer laboratorial – com aparecimento de valores de CA 125 acima de 35UI/ml – quer radiológico – com aumento das dimensões ou da complexidade do quisto – a examinada deve ser referenciada.

Apesar de parecer prático, um factor negativo que é possível apontar a este algoritmo é o facto de o radiologista, na sua prática diária, a maioria das vezes não ter acesso aos valores do CA 125. No entanto pode desempenhar um papel importante ao recomendar a sua mensuração e explicitar no seu relatório os períodos correctos de reavaliação.

Como é sabido, pela sua inespecificidade, a determinação do CA 125 não tem lugar na mulher pré-menopáusia.

### Conclusão

Todos os radiologistas devem estar familiarizados com os quistos ováricos. Os estudos que permitiram a elaboração de *guidelines* vieram facilitar a orientação perante estas lesões, quer para evitar a repetição desnecessária de exames de seguimento, quer para a sua correcta referência ginecológica [6].

### Referências

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Ovarian cysts in postmenopausal women. Guideline, No 34. Oct 2003.
2. Greenlee, R. T.; Kessel, B.; Williams, C. R. et al. - *Prevalence, incidence, and natural history of simple ovarian cysts among women >55 years old in a large cancer screening trial*. Am J Obstet Gynecol, 2010 Apr, 202(4):373.e1-9.
3. Levine, D.; Brown, D. L.; Andreotti, R. F. et al. - *Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement*. Radiology, 2010 Sep, 256(3):943-54.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists / British Society of Gynaecological Endoscopy. Management of suspected ovarian masses in premenopausal women. Green-top guideline, No. 62. Nov 2011.
5. MacKenna, A.; Fabres, C.; Alam, V.; Morales, V. - *Clinical management of functional ovarian cysts: a prospective and randomized study*. Hum Reprod, 2000 Dec, 15(12):2567-9.
6. Gray, R. A.; Higgins, S.; Harrison, S. et al. - *Simple ovarian cysts in pre and post menopausal women: what, where and when*. European Congress of Radiology – ECR 2012, In EPOS - Electronic Presentation Online System, Poster No.: C-1438.
7. Saunders, B. A.; Podzielinski, I.; Ware, R. A. et al. - *Risk of malignancy in sonographically confirmed septated cystic ovarian tumors*. Gynecol Oncol, 2010 Sep, 118(3):278-82.

### Correspondência

Vasco Marques  
Rua Prof. Lima Basto, Nº 75 - 2º Esq.  
1099-070 Lisboa  
email: nunovbm@gmail.com